

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 125

**TRAITEMENT
DES
ADÉNOPHLEGMONS**

PAR LE
Vaccin de Delbet

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1922.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse TALBOT

né à CHARMÉ (Charente) le 19 Juin 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

TRAITEMENT des ADÉNOPHLEGMONS

PAR LE

VACCIN de DELBET

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N^o 125

TRAITEMENT
DES
ADÉNOPHLEGMONS
PAR LE
Vaccin de Delbet

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse TALBOT

né à CHARMÉ (Charente) le 19 Juin 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

CLINIQUE	MM.
PROFESSEURS	TESSIER
Cliniques médicales	ROQUE
Cliniques chirurgicales	BARD
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEILL
Clinique des maladies des voies urinaires	POLOSSON (A.)
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	N.-JOSSEBRAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOHEL
Anatomie	MOREAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	VILLARD
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BERARD, *Président* ; M. PATEL, *Assesseur* ;
MM. CADE et SANTY, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

En témoignage de ma reconnaissance
infinie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVÉ

*Chirurgien
de l'Hospice général de Tours*

Guide averti et dévoué du début de nos études. Qu'il nous permette de lui présenter l'hommage de notre reconnaissance profonde pour la grande bonté qu'il nous a témoignée durant une année passée dans son Service comme externe.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR DE PREMIÈRE CLASSE L. PLISSON

Professeur-agrégé du Val-de-Grâce

Qui nous a suggéré le sujet de ce travail, nous a guidé de ses conseils, et nous a constamment témoigné une attention dévouée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BÉRARD

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
Présidence de cette thèse. Qu'il reçoive
l'hommage de notre respectueuse gra-
titude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS
DE LA FACULTÉ DE LYON
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE

TRAITEMENT des ADÉNOPILEGMONS

PAR LE

VACCIN de DELBET

INTRODUCTION

La thérapeutique par l'immunisation, a semblé longtemps ne pas devoir sortir du cadre de la médecine pure. On a cherché à immuniser, tant activement que passivement, dans tous les cas où l'on avait affaire à un germe infectieux, connu ou inconnu, et même à un toxique hétérogène, comme le venin des serpents.

Mais la chirurgie, elle aussi, connaît les infections. Ne nous étonnons donc pas qu'elle se soit emparée de l'immunisation thérapeutique, soit pour renforcer son intervention opératoire, soit même pour la remplacer dans certains cas. Le chirurgien sait bien que sa thérapeutique est souvent sanglante et douloureuse. Ainsi explique-t-on la tendance actuelle à chercher la guérison avec le minimum de dégâts chirurgicaux. On s'adresse d'ordinaire à une infec-

tion locale, dira-t-on ; oui, mais aussi pourquoi ne pas chercher la réaction organique générale qui luttera de toutes ses forces assemblées, et permettra souvent d'éviter des récidives ? Prenons l'exemple de la furonculose. Il est des cas où les multiples incisions, tout en enrayant le processus inflammatoire au niveau de chaque furoncle, n'empêchent pas la naissance de nouveaux éléments ; et dans ce cas l'immunisation sera pour le chirurgien un aide précieux, qui évitera à son malade les tracasseries répétées de multiples interventions bénignes.

Mais, dès qu'on a voulu utiliser cette thérapeutique nouvelle, on s'est aperçu que le vaccin devait céder la place au sérum. En effet, au moment d'employer un vaccin, on voit surgir un paradoxe. Voilà un organisme infecté. Allons-nous augmenter encore son état d'infection en lui injectant des doses parfois considérables de microbes, morts ou atténués, il est vrai, mais apportant avec eux les toxines qu'ils ont produites dans leur milieu de culture, et dont on a bien eu garde de les débarrasser ? Allons-nous empoisonner un organisme déjà empoisonné ?

En fait, ce paradoxe n'existe pas. Nous n'entreprendrons pas la discussion des théories proposées par Whright et par Pierre Delbet. Au point de vue pratique, le fait est là : le vaccin n'empoisonne pas un organisme mais au contraire le guérit. Il est bon, toutefois, de faire quelques réserves dans les cas de septicémie, et c'est alors que le sérum trouvera son indication.

Jetons un rapide coup d'œil sur les applications de

la thérapeutique immunisante dans le domaine chirurgical. En premier lieu, voyons la *sérothérapie*.

La guerre nous a montré de larges plaies anfractueuses et infectées, contenant des détritits de toutes sortes, et spécialement des tissus contus et mortifiés, milieu trop propice au développement des microbes, surtout anaérobies. Lorsque le chirurgien, parfois un peu tard vu les circonstances, a pratiqué l'excision de tous débris inutiles ou nuisibles, le blessé n'est pas sauvé. Déjà en état de moindre résistance antérieurement à la blessure, souvent épuisé de fatigue, affaibli ensuite, shocké par le froid et l'hémorragie, il ne peut plus lutter contre l'infection qui gagne et a déjà pris une allure d'infection générale. C'est à ce moment qu'ont apparus tous les *sérums antigangréneux*, multipliés et compliqués au fur et à mesure que se poursuivaient les recherches dans le domaine de la flore des plaies de guerre. Les services de chirurgie d'armée étaient nombreux où cette thérapeutique était utilisée sur une grande échelle. C'est ainsi que nous avons vu injecter des doses parfois considérables de *sérums*, *antiperfringens*, *antivibrion septique*, *antibellonensis*, dans les cas de gros délabrements des masses musculaires, et toujours après large excision chirurgicale, quand ce n'était pas après amputation.

Les résultats ont été variables, et cela tient probablement à la multiplicité des germes morbides encore inconnus.

Enfin, au moment de l'épidémie de grippe de 1918-1919, les chirurgiens ont souvent employé la *sérothé-*

rapie antistreptococcique polyvalente dans les pleurésies purulentes, avant et après pleurotomie (deuxième sérum de Marmorek, sérum de Besredka).

Mais il faut avouer qu'on n'a pas encore trouvé de formule excellente pour la fabrication des sérums chirurgicaux. Nous ne ferons que mentionner en passant la sérothérapie antistaphylococcique, qui n'a pas donné de résultats pratiques bien concluants.

Quant aux *vaccins chirurgicaux*, ils s'adressent surtout aux infections pyrogènes, aérobies et anaérobies. Wright, dans sa fameuse communication à l'Académie royale de Londres de 1903, a vraiment donné l'impulsion première d'où est sortie cette thérapeutique chirurgicale par les vaccins, dont l'avenir s'annonce déjà plein de promesses.

L'essentiel, semble-t-il, dans la préparation d'un vaccin, c'est d'atténuer ou même de tuer l'agent pathogène qu'il contient, de façon à en rendre la dose plus maniable et d'éviter ainsi les accidents graves. On a proposé de nombreux moyens d'*atténuation des virus*. Nous renvoyons aux traités de Bactériologie pour de plus amples détails. Disons seulement que la chaleur et les antiseptiques sont les procédés courants d'atténuation (auto-vaccins de Whright, vaccins iodés de Ranque et Senez). On a bien proposé d'autres méthodes, tentantes par leur nouveauté. Tels sont les rayons ultra-violets de Renaud, les courants de haute fréquence de d'Arsonval et Charrin, le radium de Pfeiffer et Friedberger. Mais ils sont d'une application pratique compliquée.

Enfin, il nous faut parler d'une autre méthode qui présente beaucoup d'intérêt, et a permis d'obtenir les *vaccins dits atoxiques sensibilisés*.

Besredka établit que des bactéries, mises en contact dans certaines conditions avec un sérum spécifique, fixent l'anticorps correspondant et plus spécialement la sensibilisatrice spécifique.. Cette fixation est stable, n'est pas détruite par des lavages sucessifs à l'eau physiologique, ce qui permet ainsi de débarrasser les bactéries de toute trace de sérum. De plus, l'endotoxine étant neutralisée par le sérum, on obtient un vaccin atoxique, ne provoquant presque aucune réaction générale ou locale, et déterminant une immunité plus longue. La sensibilisatrice étant fixée par avance sur le microbe, l'organisme vacciné n'aura pas de peine à assimiler ces germes, puisque son aléxine aura trouvé d'emblée le chaînon intermédiaire.

LES BOUILLONS DE DELBET

Leurs modes d'action.

Le Professeur Delbet et le Docteur Beauvy ont indiqué, dans un rapport à la Société de Chirurgie de Paris, le 3 mars 1920, le mode de préparation de ce vaccin.

Ils obtiennent ainsi un bouillon, tenant à la fois du vaccin pasteurien atténué par vieillissement des cultures, et du vaccin de Toussaint, par chauffage à une température dysgénésique. La dose maniable de vaccin est de 4 centimètres cubes, ce qui correspond à un milliard et demi environ de streptocoques, trois milliards et demi de staphylocoques et huit milliards de pyocyanniques.

Le staphylocoque et le streptocoque y ont été introduits parce qu'ils sont les agents rencontrés dans la plupart des infections pyogènes localisées. Quant au pyocyannique, la raison de sa présence est tout autre : il entrave le développement de streptocoque, produisant ainsi une sorte de vaccination collatérale.

Nous avons donc là un vaccin capable de développer dans l'organisme une réaction salutaire par création d'anticorps.

Mais le bouillon de Delbet possède d'autres propriétés thérapeutiques, non plus d'ordre bactériologique, mais d'ordre général, assimilables à ce qu'on appelle *protéinothérapie*.

Nolf a essayé l'injection de peptones et d'albumines hétérogènes, et a obtenu ainsi un choc assez violent (choc peptoné), s'accompagnant d'une élévation, puis d'une chute de la température, en même temps que d'une diminution de la douleur locale et d'une suractivité leucocytaire. Il a utilisé ce mode de traitement dans les plaies infectées, à l'ambulance belge de « La Panne ».

De nombreux auteurs ont essayé d'autres substances. C'est ainsi que Schmidt a préconisé le lait, provoquant ce qu'il appelle la « *Milchkrankheit* », que Thiroloix, en France, a utilisé le lait peptoné.

Le mode d'action de ces protéines est assez obscur. Quoi qu'il en soit, on admet qu'il y a : accélération de la production des anticorps, augmentation du nombre des leucocytes, véritable médication leucogène. Et même, pour Thiroloix, il y aurait une transformation de l'activité leucocytaire, ce qu'il a appelé : « faire de la culture physique du globule blanc ».

De par l'action protéolytique intense qu'exerce le pyocyannique sur son bouillon de culture, l'injection de vaccin de Delbet va provoquer un choc analogue à l'effet peptoné de Nolf, tous effets que nous pouvons

rapprocher de ce que Widal appelle des *clasies*.

Il est vrai que les accidents de ces *clasies* prennent parfois une allure sévère ; mais, par contre, le choc semble aussi produire une cassure dans la courbe thermique et une évolution brusque de la maladie dans un sens favorable, en rapport avec une exaltation des facultés de défense de l'organisme.

Faut-il aller jusqu'à dire qu'on a affaire dans ce cas à ce que les Allemands, se basant sur la réaction clinique principale qu'est l'élévation de température, ont appelé *Pyrothérapie*. Ils entendent exprimer par là que ce qu'on injecte importe peu, pourvu qu'on réalise le *choc thermique*.

Nous ne pensons pas qu'il faille aller si loin dans la généralisation. Le bouillon de Delbet contient des corps vaccinants certains, dont l'action sur l'organisme est indéniable. Etudiant la question, Descomps a relaté que l'injection de bouillon peptoné dans les infections localisées ne lui a donné que peu de résultats, alors que le vaccin de Delbet lui donnait des succès dans des cas absolument superposables.

« Les bouillons de Delbet associent donc des actions
« complexes : action vaccinothérapique spécifique à
« effets éloignés, action vaccinothérapique collaté-
« rale, action prothéosoithérapique à effet presque
« immédiat », tellement immédiat même qu'on ne
peut vraiment pas le rapporter à l'effet vaccinal.

Mais cette réaction générale est variable. Assez souvent les enfants ne réagissent pas ou réagissent peu,

alors que les adultes font des réactions violentes qui, heureusement, ne présentent pas de gravité et ne laissent plus de trace le lendemain. Il semble qu'il faille attribuer cette différence à ce fait que l'enfant est un être jeune qui n'a eu que peu d'occasions de donner asile à l'infection pyogène, alors que l'adulte a eu mainte occasion de s'infecter. Les ferments défensifs que ses humeurs contiennent entrent brutalement en action, en face des agents microbiens qu'on a introduits dans son organisme. « L'enfant est un être neuf, l'adulte est un être sensibilisé » (Bazy).

Le vaccin de Delbet est indiqué dans toutes les infections pyogènes localisées. Surtout utilisé d'abord dans les affections cutanées (furonculose, anthrax), puis dans les affections osseuses comme l'ostéomyélite, dans les annexites (Küss), dans l'abcès du sein, les phlegmons localisés ou diffus.

Nous avons essayé le même vaccin dans le traitement des adénophlegmons à toutes leurs périodes. Nous allons rechercher maintenant quels résultats pratiques on peut espérer retirer de cette thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Adénophlegmon suppuré de l'aisselle Suite de piqûre septique de l'index

B... Marcel, 20 ans, entré à l'hôpital le 10 octobre pour adéno-phlegmon de l'aisselle gauche consécutif à une plaie infectée de l'index de la main gauche datant de 15 jours.

Douleurs vives, température 38°, gros empâtement ganglionnaire de l'aisselle avec rougeur de la peau et sensation de fluctuation profonde, grosse périadénite, immobilisation du bras sur le thorax.

Le 11 octobre au matin, injection de 4 cc. de vaccin de Delbet. Le soir, température 40°.

Le 12 octobre : température : matin, 37°; soir, 38°. Les douleurs sont moins vives.

Le 13 octobre : température: matin, 36°5. La région semble moins empâtée, mais la fluctuation est un peu plus nette et très superficielle. Nouvelle injection de 4 cc. de vaccin. Soir, température, 39°.

14 octobre : Température: matin, 36°; soir 38°6.

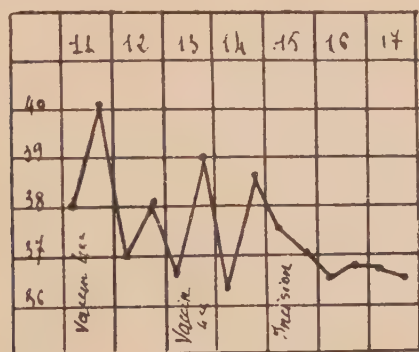
15 octobre : Température : matin, 37°5. La fluctuation devient de plus en plus nette et superficielle; on note la

présence d'une collection sous-pectorale assez importante malgré que le malade déclare ne plus souffrir de son aisselle et que l'adénite et la périadénite soient en partie disparues.

En particulier, la mobilisation du bras très douloureuse quelques jours avant, devient possible sans provoquer autre chose qu'une sensation de tiraillement dans l'aisselle.

On incise la collection sous-pectorale. Incision de 2 centimètres. Ecoulement d'un verre à bordeaux de pus assez fluide. Drainage pendant 24 heures.

16 octobre et jours suivants : la température retombe à 37° et la plaie se cicatrise par bourgeonnement.



OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major PAÏTRE)

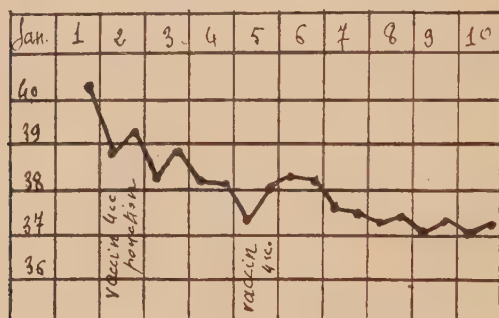
Adéno-phlegmon thoraco-axillaire

P... Parfait, 21 ans. Le malade entre à l'hôpital le 1^{er} janvier 1922. Il se plaint de douleurs axillaires dans les inspirations profondes, et surtout dans la toux. Le bras est collé au thorax, et le moindre mouvement passif du membre réveille une douleur très vive. Température vespérale, 40°3; matinale, 38°9.

On note une énorme tuméfaction en carapace, de la forme d'un fer à cheval, à concavité ouverte en haut, encadrant le bord thoracique de la pyramide axillaire, due à la juxtaposition en croissant de trois masses ganglionnaires grosses comme des oranges. La tumeur est collée aux plans profonds. La peau qui la recouvre a un aspect jambonné, et est très amincie vers la portion antérieure.

La palpation ne permet pas de déceler de fluctuation, tant superficielle que profonde, sauf toutefois sous le grand pectoral, au niveau de la masse ganglionnaire antérieure.

A l'origine de cet adéno-phlegmon, on ne trouve qu'une toute petite plaie du médius, recouverte d'une croûte. Comme on ne perçoit pas de ganglion sus-épitrochléen, ni de ganglions axillaires, il faudrait admettre que l'infection a brûlé ces deux relais.



Le 2 janvier : température, 38°9. On fait au bistouri une courte incision de 1 centimètre et demi, au niveau du point fluctuant, ce qui permet de drainer les ganglions antérieurs. Immédiatement après, injection de 4 centimètres cubes de vaccin de Delbet. Température, le soir : 39°4.

Dès le lendemain, le bras est mobilisable sans trop de douleur, et la gangue cuirassée commence à se mobiliser sur le plan profond en même temps qu'elle perd son adhérence à la peau.

A partir de ce jour, la fièvre tombe à 37°3 rapidement.

Le 5 janvier, on pratique une nouvelle injection de 4 cc. Après une réaction à 38°3, la fièvre tombe de nouveau au voisinage de 37° et la petite plaie s'épidermise normalement.

Le 9 janvier, on ne trouve plus trace de la gangue de périadénite, tant à la partie antérieure qu'à la partie postérieure.

OBSERVATION III

Adénophlegmon sus-épitrochléen consécutif à une plaie septique de l'annulaire

M... Francisque, 21 ans. Le malade dit avoir remarqué le 28 janvier 1922 une nodosité, du volume d'une noisette, dans la région sus-épitrochléenne, un peu douloureuse à la pression. Malgré les pansements humides, la périadénite s'est constituée et le malade entre à l'hôpital le 3 février.

Gros œdème lymphangitique de tout le membre supérieur. Le coude est immobilisé dans l'extension presque complète. La température locale est élevée. Dans la région sus-épitrochléenne, masse du volume d'une orange, fluctuante, et dont la palpation fait pousser des cris au malade. Dans l'aisselle, quelques ganglions engorgés à peine douloureux roulent sous le doigt. Température: 38°7.

On décide de ne pas intervenir de suite et on pratique une injection de 3 cc. de stock-vaccin de Delbet, qui provoque le soir une réaction thermique à 39°4.

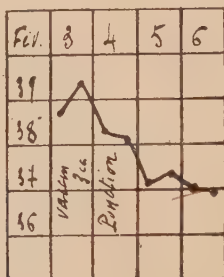
Le lendemain, le malade n'accuse aucune diminution de la douleur locale. Par contre, la température a un peu baissé (38° le soir), et l'œdème lymphangitique a presque totalement disparu. Seul persiste l'abcès ganglionnaire qui est devenu très nettement fluctuant dans sa zone centrale superficielle.

On fait à la pointe d'un bistouri fin une incision d'un demi-centimètre, on effondre l'aponévrose à la sonde cannelée

introduite par cet orifice et on place un petit drain long de 2 centimètres. Il s'écoule alors un jet de pus presque séreux (environ 20 grammes).

Depuis ce jour, la température reste stationnaire à 37°, le malade ne souffre plus et a récupéré entièrement les mouvements de son articulation.

Le 6 février, on enlève le drain et la petite plaie de ponction est fermée trois jours après.



OBSERVATION IV

Adénophlegmon du cou, suite d'angine, avec abcès latéro-pharyngien

J... Pierre, 20 ans, a présenté le 20 octobre une angine banale soignée pendant 13 jours; pendant cette période, la température n'a pas dépassé 38°.

A vu se développer, à la suite, une tuméfaction douloureuse de la région rétro-mastoïdienne supérieure gauche. Entré pour ce motif à l'hôpital le 16 novembre.

A l'entrée, grosse tuméfaction irrégulière allant de la mastoïde au milieu du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Immobilisation de la tête en rectitude, ni dysphagie, ni trismus. La palpation donne la sensation de grosses masses ganglionnaires avec périadénite très douloureuses à la pression, mais sans point de ramollissement net, quoique la peau commence à rougir au centre. Petit ganglion douloureux dans

la fosse sus-claviculaire, gorge rouge, pas de Loeffler. Staphylocoque. Température: 37°5.

17 novembre : Injection de 3 cc. de vaccin de Delbet. Aucune réaction thermique le soir, 6 heures après l'injection le malade accuse spontanément une diminution de la douleur locale.

20 novembre : La tumeur ne présente pas de modification de volume, mais paraît plus molle, plus mobile. Nouvelle injection de 4 cc. de vaccin. Peu de réaction thermique. Température: 38°. Le malade déclare avoir la tête bien plus libre, la pression est moins douloureuse.

22 novembre : Température du soir, 37°9.



23 novembre : Le malade accuse une légère recrudescence des douleurs et de la *dysphagie*. Un examen pharyngien montre une amygdale gauche procidente et toute la paroi latérale du pharynx du même côté repoussée en bloc vers la ligne médiane. La difficulté éprouvée par le malade pour ouvrir la bouche ne permet pas d'en faire la palpation bi-manuelle.

On pense à une collection suppurée comprimant le pharynx et sous anesthésie locale on pratique au bistouri étroit une ponction sur le point paraissant le plus saillant de la tumeur sur la peau.

Il ne s'écoule rien. Une exploration prudente à la sonde cannelée permet de faire pénétrer celle-ci très profondé-

ment jusqu'au voisinage de la paroi pharyngienne, à ce moment il s'écoule un liquide séro-purulent clair, contenant des grumeaux en suspension, et à mesure que ce liquide s'écoule, le malade déclare sentir sa gorge se dégonfler. Effectivement une fois le pus évacué, la paroi pharyngienne a repris son aspect normal. Un petit drain de 5 millimètres est laissé, à travers lequel le liquide séro-purulent coule abondamment.

A partir de ce moment tout phénomène douloureux cesse. Le drain enlevé, 48 heures après, la petite plaie est fermée et le 30 novembre le malade part en convalescence, ne présentant plus aucune trace de son affection.

L'examen du pus a montré du staphylocoque pur.

OBSERVATION V

Adénophlegmon de la région carotidienne et sous-angulo-maxillaire d'origine restée inconnue

B... Louis, 20 ans, entré le 26 octobre à l'hôpital, porteur d'une grosse tuméfaction douloureuse dans la région sous-angulo-maxillaire droite, se prolongeant en bas sous le sterno-cléido-mastoïdien et ayant apparu, le 22 octobre, sans cause apparente. Grosse masse ganglionnaire dure, avec péri-adénite très douloureuse et bloquant les mouvements du cou. Petit ganglion sus-claviculaire.

On ne trouve aucune porte d'entrée à cette infection ganglionnaire, ni angine, ni ulcération intra ou extra, dentition parfaite.

Au centre de la tuméfaction la peau est rosée, luisante, très douloureuse à la pression et on sent un début de fluctuation.

Température à l'entrée : matin, 38°; soir, 39°3.

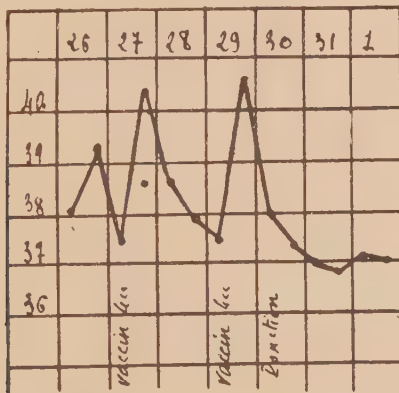
27 octobre : Température, le matin, 37°4; injection de 4 cc. de vaccin de Delbet. Température, le soir, 40°3.

28 octobre : Température matin, 38°5; soir, 37°9.

Le malade se déclare très soulagé. Le point d'injection est très douloureux, mais les mouvements de la tête sont de nouveau possible, n'étant plus gênés par la douleur. Le ganglion sus-claviculaire n'est plus douloureux et a beaucoup diminué de volume. La tumeur ganglionnaire du cou a diminué et devient mobile sur les plans profonds. Le point central s'est ramolli, et le pus semble devenir très superficiel.

29 octobre : Matin, température, $37^{\circ}2$. On fait une nouvelle injection de 4 cc. de vaccin. Soir, $40^{\circ}4$.

30 octobre : Température: matin, 38° . On pratique une ponction au centre du point ramolli de la largeur de la lame du bistouri. Ecoulement de pus très fluide contenant des grumeaux jaune clair. Un petit drain mis debout est retiré au bout de 48 heures. La température tombe à 37° . La petite plaie de ponction se ferme quelques jours après, et, le 10 novembre, le malade sort de l'hôpital ne présentant plus trace de la masse ganglionnaire cervicale.



OBSERVATION VI

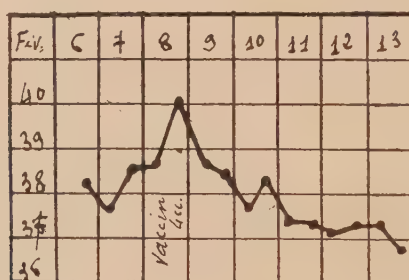
Adénophlegmon sus-épitrochléen consécutif à une plaie septique de la main droite

V... Elie, 23 ans. Dix-sept jours après une plaie de la paume de la main, due à un clou rouillé, le malade a ressenti une douleur à l'occasion des mouvements du coude.

Puis est apparue une tuméfaction sus-épitrochléenne augmentant rapidement de volume et douloureuse.

Entré à l'hôpital le 6 février 1922. Adénophlegmon à coque dure, de la grosseur d'un œuf de poule, non mobilisables sur les flancs profonds, entraînant une immobilisation du coude en extension. Pas de fluctuation. Température 38°2. On fait quelques pansements humides qui ne donnent aucun résultat.

Le 7 février. La tuméfaction a encore augmenté de volume, et la température s'est élevée (38°7). On se décide à faire une injection de 4 cc. de vaccin de Delbet. La réaction thermique est violente le soir à 40°, sans grosse réaction douloureuse toutefois au point d'injection du vaccin.



Le 9 février. La température commence à descendre. La masse ganglionnaire a diminué de volume et s'est isolée des tissus ambiants. Le malade peut mobiliser son coude sans aucune douleur, ce qui lui était impossible la veille.

Le 10 février. La masse indurée atteint à peine le volume d'une noix ; la pression n'y provoque plus aucune douleur et la température baisse toujours en lysis. Au centre de cette masse, juste sous la peau, se trouve un petit point fluctuant dont on retire 2 cc. de pus par ponction à la pointe d'un bistouri fin.

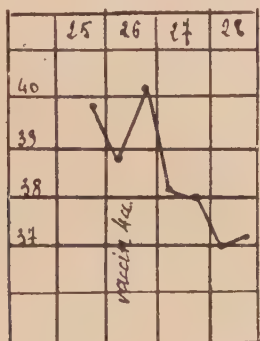
Le 12 février. La fièvre a totalement disparu, et la coque de périadénite est presque entièrement résorbée. La petite plaie faite pour la ponction est déjà refermée.

OBSERVATION VII

Lymphangite du scrotum et grosse réaction ganglionnaire de l'aîne droite, suite de plaie gangréneuse de la verge

M... Louis, 20 ans, entré le 1^{er} août à l'hôpital pour sphacèle étendu de la peau de la verge, suite d'intervention pour phimosis dans un autre hôpital.

Le 25 septembre, alors que la plaie était en bonne voie de bourgeonnement, à la suite de manœuvres imprudentes du malade sur son pansement avec des doigts sales, apparition d'une lymphangite avec grosse réaction ganglionnaire de l'aîne, à gauche, très douloureuse. Temp. 39°8.



Le 26 septembre, injection de 4 cc. de Stock vaccin ; le soir, température, 40°2, avec chute le lendemain matin et le surlendemain à 38°1 et à 37°.

Le 28 septembre tous ces phénomènes douloureux ont disparu, les phénomènes de péri-adénite sont en voie de disparition, et quelques jours après les ganglions examinés étaient à peine perceptibles.

OBSERVATION VIII

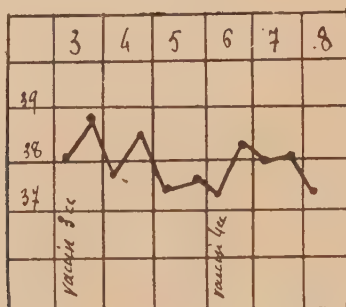
Adénophlegmon de l'aîne, suite de furunculose de la région inguino-scrotale

D..., médecin major, entré à Desgenettes le 3 novembre porteur d'une grosse adénite douloureuse du pli de l'aîne droite faisant suite à un petit furoncle de la région du pli

inguino-scrotal. La tuméfaction, qui va en augmentant de volume, date d'environ huit jours. A la palpation, très douloureuse, on sent une masse dure à la racine de la cuisse avec un gros ganglion rétro-crural ; péri-adénite accentuée avec adhérence de la peau et rougeur au centre de la tuméfaction, faisant craindre une évolution purulente à brève échéance. Température 38° .

On injecte dès l'entrée 4 cc. de vaccin de Delbet. Réaction moyenne. Température $38^{\circ}8$ le soir. Point d'injection douloureux et rouge. Frisson.

Le 4 novembre, température $37^{\circ}7$ le matin, remontant à $38^{\circ}3$ le soir.



Le 5 novembre, température $37^{\circ}4$ et $37^{\circ}5$. La région est moins douloureuse, la peau, moins rouge, commence à se détacher des plains profonds, et la péri-adénite a nettement diminué. Le ganglion rétro-crural n'est plus douloureux, et la masse principale l'est beaucoup moins. L'amélioration est si considérable que nous hésitons à pratiquer une seconde injection, que nous faisons néanmoins sur l'insistance de notre entourage.

Le 6 novembre, injection de 4 cc. (réaction légère à 38°). Le point piqué est très douloureux, rouge et chaud. Après un plateau à 38° pendant 24 heures, la température tombe définitivement à 37° , et le malade sort peu de jours après de l'hôpital, ne ressentant plus de douleurs ; la peau de l'aîne

est redevenue blanche, souple et non adhérente ; on ne sent plus de ganglion rétro-crural, et la masse ganglionnaire principale fond à vue d'œil pour disparaître à son tour en quelques jours.

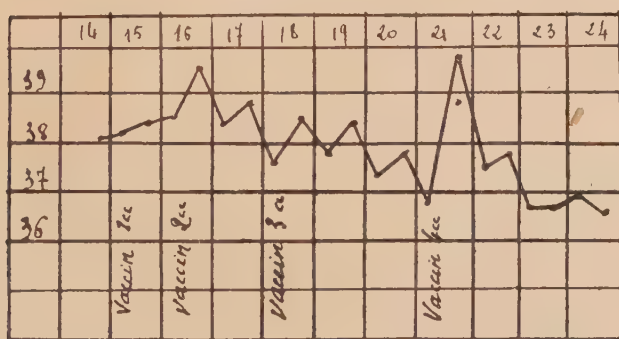
Néanmoins, le malade, revu le 29 novembre, dit constater encore la présence de petits ganglions indolores dans son aine droite.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Médecin principal LANNE)

Adénophlegmon carotidien et sous-angulo maxillaire, suite de furonculose de la nuque et de la face.

G... Yves, médecin-major, entré à Desgenettes le 13 avril porteur d'une énorme tuméfaction ganglionnaire occupant



toute la portion droite du cou. Cette réaction ganglionnaire fait suite à une série de furoncles que le malade soigne depuis le 19 février.

Gêne considérable des mouvements du cou, légère dysphagie, douleurs spontanées assez vives. Pas de points fluctuants, mais grosse péri-adénite bloquant toute la région. Température 38°1.

Le 15 avril, injection de 1 cc. de vaccin. Aucune réaction.

Le 16 avril, nouvelle injection de 2 cc. Température 39°6. La température restant aux environs de 38°5 et l'amélioration locale étant peu sensible, on fait, le 18, une nouvelle injection de 3 cc. Le malade ressent dans les jours qui suivent une grosse amélioration : les douleurs s'atténuent, il peut de nouveau remuer la tête, la dysphagie a complètement disparu, la température tombe en deux jours à 37°. La masse devient moins dure, plus mobile.

Le 20 avril, on fait une quatrième injection de 4 cc. Grande réaction à 39°9, qui ne dure qu'un jour, la température retombant à la normale le lendemain. A partir de ce moment, la fonte de la tuméfaction ganglionnaire est si rapide que le malade sort complètement guéri le 30 avril, sans présenter la moindre trace de ganglions, cliniquement appréciables.

OBSERVATION X

(Recueillie dans le service de M. le Professeur BÉRARD)

Phlegmon sus-hyoïdien avec adénite sous-maxillaire

V... Marguerite, 58 ans. La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 18 juillet 1921.

Elle a fait, il y a trois ans, une poussée inflammatoire au niveau de la région sus-hyoïdienne qui dura trois jours, sans conséquences graves immédiates.

Le 8 juillet, la malade a présenté quelques phénomènes généraux, coïncidant avec une nouvelle poussée inflammatoire dans la région sus-hyoïdienne. Température 39°. Pas d'angine.

A l'entrée, on note une saillie de la grosseur d'un œuf de poule, qui occupe la région sous-maxillaire gauche, bombant à la fois à l'extérieur et dans la bouche. Masse dure n'ayant pas envahi le plancher, qui reste élastique ; difficilement mobilisable dans le sens transversal, coincée qu'elle est contre le maxillaire ; en arrière de cette masse, on perçoit de gros ganglions sous-angulo-maxillaires, douloureux et

empâtés. La malade accuse de la dyphagie et ne peut articuler que difficilement les syllabes.

A l'examen du bord alvéolaire des maxillaires, on remarque que presque toutes les dents ont disparu, sans qu'on puisse amener la malade à préciser dans quelles conditions elles sont tombées, ni si les alvéoles ont été le point de départ d'une infection récente.

Le 22 juillet, quatre jours après l'entrée à l'hôpital, on fait une injection de vaccin de Delbet (Propidon).

Le 25 juillet. La malade est beaucoup mieux. La masse sous-maxillaire a fondu, ainsi que les ganglions adjacents. Seule persiste un peu d'altération de la voix.

La malade sort guérie le 27 juillet.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Médecin-Major PAITRE)

Adénophlegmon^e sous-angulo-maxillaire fistulisé consécutif à une infection dentaire.

F.... Marius, 20 ans. Le malade est entré à l'hôpital une première fois le 8 décembre 1921 pour un abcès ganglionnaire sous-angulo-maxillaire qu'on draine par une incision de 3 centimètres. Il est sorti huit jours après, ne conservant plus qu'une petite croûte recouvrant la ligne d'incision.

Deux jours plus tard, il fait une récédive dans les ganglions de la même région, mais un peu plus en arrière. Puis se produit une fistule par où on extrait le pus à l'aide d'une ventouse. Le malade entre ensuite de nouveau à l'hôpital.

Le 23 décembre 1921. A l'entrée, adénophlegmon rétro-maxillaire volumineux très douloureux, de consistance ligneuse arrivant en avant presque à la ligne médiane, et s'étendant vers la nuque, en arrière. La tête est immobilisée en rectitude, et il existe un trismus intense. On ne perçoit aucun point fluctuant, le pus s'étant évacué par la fistule qui persiste. Température 38°8.

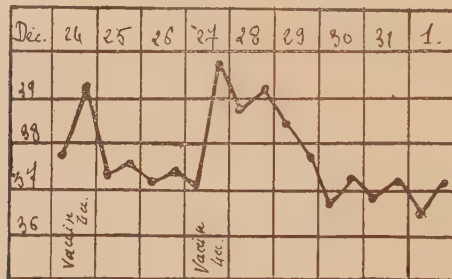
Le 24 décembre. Injection de 4 cc. de bouillon de Delbet. Réaction thermique le soir à 39°2. Le malade présente de l'euphorie.

Le 25 décembre. La température est tombée à 37°3. Le trismus a beaucoup diminué, la masse de périadénite n'a pas changé de consistance, mais le malade n'accuse plus de douleur dans les mouvements de la tête.

Le 27 décembre. Nouvelle injection de 4 cc. de vaccin. Grosse réaction thermique à 39°8.

A partir de ce jour, la température descend en lysis jusqu'à 37° pour s'y maintenir.

Le 1^{er} janvier 1922. Le malade est complètement guéri. La région a retrouvé toute sa souplesse. Il semble que l'adénophlegmon ait fondu sous l'influence du vaccin. La fistule est complètement refermée.



OBSERVATION XII

(Recueillie dans le service de M. le Professeur BÉRARD)

Adénophlegmon cervical fistulisé. (Récidive)

L... Félix. Le malade se trouvait en traitement à la Charité pour un kyste dermoïde de la région carotidienne. Après plusieurs séances de radiothérapie, il a vu se développer des accidents inflammatoires qui l'ont obligé à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 18 février 1920.

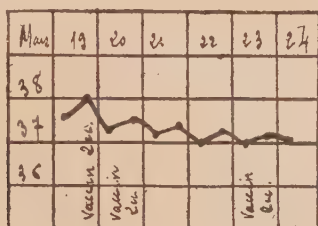
Gros adénophlegmon de la chaîne carotidienne, qu'on incise. Amélioration rapide. Le malade sort de l'hôpital le 4 mars.

Le 19 mars, il entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu avec une récurrence au même point et une fistule suintante au niveau de la cicatrice de l'incision. Température matinale, 37°6.

On décide de traiter le malade uniquement par le vaccin de Delbet (produit Langeron). On pratique de suite une injection de 2 cc. La température ne dépasse pas 38° le soir.

Le 20 mars. Nouvelle injection de 2 cc. de vaccin.

Le 24 mars. On pratique une troisième injection de 2 cc. du même vaccin.



La température a constamment baissé à la suite de la première injection, en même temps que la douleur disparaissait rapidement.

Le 29 mars. Il ne reste plus trace ni des signes inflammatoires ni de l'adénite cervicale. Les réactions thermiques produites par le vaccin n'ont pas été violentes. Seule la troisième injection a provoqué une assez vive douleur locale.

Tout phénomène inflammatoire ayant disparu, on a pu, le 19 avril, entreprendre l'extirpation du kyste dermoïde de la région.

RÉSULTATS CLINIQUES

La Dose de vaccin à employer

Dans son rapport, Pierre Delbet recommande les doses de 3 ou 4 centimètres cubes qu'on répète tous les trois jours. Les doses plus faibles ne semblent pas donner des résultats aussi concluants. C'est ainsi que chez le malade de l'Observation XII, il a fallu répéter dès le lendemain la dose initiale de 2 centimètres cubes. Si l'on considère le cas numéro IX, on voit qu'il en est de même. La chute de la température semble se faire d'autant plus rapidement qu'on approche de dose optima de 4 centimètres cubes.

De plus, cette dose provoque presque à coup sûr le choc thermique — du moins dans les cas très aigus — alors que la dose faible ne provoque pas de réaction. Or, nous avons vu dans les pages qui précèdent que le vaccin avait une action protéinothérapique qu'on est tenu de ne pas négliger et qui paraît être pour une grande part dans les succès obtenus.

Les injections sont répétées tous les trois jours, parfois tous les deux jours dans les cas graves, jusqu'à concurrence de trois. Si l'on considère nos observations, on se rendra compte que dans quatre cas une seule injection a suffi, que dans cinq autres il a fallu deux injections, et que nous n'avons dépassé qu'une seule fois le nombre de trois injections dans le cas numéro IX, où nous avons commencé par de petites doses de 1 et 2 centimètres cubes.

Nous avons presque toujours pratiqué les injections sous la peau de la paroi abdominale antérieure. Le Professeur Delbet a proposé de faire l'inoculation intra-musculaire à la cuisse, mais nous avons remarqué qu'en ce cas la douleur était plus vive, provoquait un engourdissement de tout le membre, immobilisant le malade dans son lit.

L'injection sous-cutanée n'est pas passible de ces reproches. L'absorption est peut-être plus lente, mais comme il n'y a pas urgence, cette lenteur ne présente aucun inconvénient. De plus, la région endolorie est superficielle et par là même plus sensible aux pansements humides calmants que nous avons appliqués presque chaque fois.

Action sur la température

Cinq ou six heures après l'injection de vaccin, on voit se produire une brusque élévation de température, souvent au voisinage de 40°. Nous avons trouvé cette réaction vive chez presque tous nos malades.

Cette fièvre passagère semble être un élément de pronostic, comparable à l'abcès de fixation, quoique n'ayant pas la même valeur néanmoins. Elle montre que le vaccin a trouvé un champ d'action suffisant et que le malade est encore en état de réagir avec assez de vigueur pour lutter contre son infection. D'ailleurs c'est dans ces cas à température élevée cinq heures après l'injection qu'on voit aussi les chutes de température les plus rapides.

Cette chute se fait suivant deux modes. Ou bien on assiste à une descente aussi rapide que l'a été l'ascension, et la courbe prend un aspect en clocher très aigu, descendant dès le lendemain au voisinage de 37°. D'autres fois la descente se fait en lysis, à grandes oscillations, amenant la courbe à 37° en l'espace de deux ou trois jours. L'absence de fièvre consécutive n'indique pas la disparition du pus, qui peut encore occuper une poche volumineuse, mais l'extinction du processus inflammatoire envahissant et la diminution de virulence du germe infectant.

Action sur la douleur

En même temps que se produit la réaction générale, le choc prothéoso-vaccinal, on note dans la plupart des cas une diminution de la douleur au niveau de l'adénophlegmon, parfois même une disparition de cette douleur.

Les malades, avant l'injection, avaient une attitude figée, par contraction des muscles avoisinant la région

atteinte. Dès le soir parfois nous avons pu voir certains de ces malades mobiliser parfaitement et sans souffrance la région de l'adénophlegmon, alors même que la palpation permettait d'y percevoir un abcès collecté. C'est ainsi que le malade de l'Observation I ne ressent plus qu'un peu de tiraillement dans les mouvements actifs de son épaule. Les malades des Observations V et IX mobilisent leur tête sans douleur. Dans le cas numéro IX, nous voyons que la pression sur l'adénophlegmon sus-épitrochléen ne provoque plus aucune sensation de souffrance.

Seul le malade n° III n'a pas accusé cette action analgésique, malgré que sa température fût tombée en deux jours à 37°.

Quant à l'euphorie que présenteraient certains malades, nous ne l'avons rencontrée qu'une fois, mais il faut dire que le sujet était extrêmement impressionnable (Observation XI).

Action sur l'évolution clinique des adénophlegmons

Au point de vue de l'évolution des adénophlegmons traités par le vaccin de Delbet, les résultats varient suivant le cas envisagé.

Adénophlegmons suppurés collectés. — Tel malade entre à l'hôpital porteur d'un adénophlegmon à un stade déjà avancé. L'examen montre une masse douloureuse non mobilisable, adhérente de toutes parts, avec de nombreux points ramollis confluent. La peau

qui la recouvre est amincie, rouge, desquamante par places. L'ouverture spontanée ne se fera pas attendre. En ce cas, si l'on est pressé par la menace d'ouverture spontanée, on intervient par une incision minime et on pratique en même temps une injection de vaccin. Dans les jours qui suivent, la gangue de périadénite se détache des plans profonds en même temps que le pus devient plus fluide et que la plaie se referme rapidement (Observation II). Si l'on peut attendre, on pratique d'abord une injection de vaccin. Dès le lendemain, la masse a commencé son processus de mobilisation, les réseaux de lymphangite de la région se sont atténués, presque tous les phénomènes inflammatoires ont disparu. Une simple ponction à la pointe du bistouri va donner issue à un pus extrêmement fluide, presque séreux. En ce cas, peu de dégâts opératoires, et fermeture rapide de l'ouverture de ponction (Observation III).

Abcès secondaire en voie de migration. — C'est le cas numéro IV. Le pus, envahissant la région carotidienne et le latéro-pharynx, repoussait la paroi macroscopique en dedans. Le vaccin, par suite de la transformation macroscopique du pus qu'il a produite, a permis là encore une incision minime, permettant à peine le passage d'une sonde cannelée, qui n'a rien de comparable avec l'immense incision classique le long du sterno-mastoïdien. La durée du traitement est aussi beaucoup diminuée, puisque, sept jours après la ponction, le malade a pu sortir de l'hôpital, sans avoir eu à supporter les douleurs du pansement journalier.

Ces petites incisions ou ces ponctions ne nous ont jamais donné de fistules. Bien mieux, comme nous le verrons plus loin, le vaccin est capable de provoquer la fermeture des fistules déjà existantes.

Adénophlegmons avec petit abcès centro-ganglionnaire. — Si le malade se présente avec une masse de périadénite cuirassée, et si la palpation permet de percevoir un petit point contral fluctuant, en voie d'extension, le vaccin va arrêter court cet envahissement de la masse périganglionnaire par le pus. Lorsque cette masse aura commencé sa résorption, alors un coup de pointe de bistouri fin va permettre l'évacuation d'un ou deux centimètres cubes de pus séreux et amener la guérison rapide (Observations V et VI).

Adénophlegmons à la période inflammatoire sans suppuration. (Observations VII, VIII, IX, X.) — Les malades ont présenté de grosses masses de périadénite, bosselées et dures, bloquant toute la région anatomique, et contractant autour d'elles de nombreuses adhérences.

Dans l'Observation VII, il est à noter qu'une seule dose de vaccin a fait tomber la température de 39°8 avant l'injection à 37° le lendemain. L'adénophlegmon s'est résorbé entièrement sans suppuration.

Le malade de l'Observation VIII a vu sa périadénite inguinale céder à deux injections, d'où l'inutilité d'une intervention pour laquelle il était entré à l'hôpital.

L'Observation IX nous montre que l'affection n'a cédé qu'à des doses suffisamment fortes de vaccin, et

que les réactions étaient proportionnelles à ces doses. L'action a été manifeste et rapide sur l'élément douloureux, et la tumeur ganglionnaire qui évoluait depuis longtemps a disparu dans un minimum de temps.

Enfin l'Observation X nous apporte un cas de guérison totale, sans aucune intervention, d'un phlegmon sus-hyoïdien accompagné d'un adénophlegmon carotidien, avec température à 39°, et cela dans l'espace de cinq jours.

Adénophlegmons récidivants et fistulisés. — Les malades des Observations XI et XII avaient été quelques jours plus tôt traités chirurgicalement par l'ouverture des abcès. Mais, soit par suite d'incisions trop minimes, soit pour toute autre cause, ils avaient vu survenir dans le même territoire précédemment atteint et paraissant en voie de guérison, une récurrence de leur affection, pendant que persistait un trajet fistuleux. Chez le premier (Observation XI), deux injections de vaccin suffirent à provoquer en huit jours et la fonte de l'adénophlegmon et la fermeture définitive de la fistule. Chez l'autre (Observation XII), deux injections de 2 centimètres cubes ont amené le même résultat dans un même espace de temps.

Nous venons de voir les résultats cliniques qu'on peut espérer obtenir avec le vaccin de Delbet dans le traitement des adénophlegmons. Mais cela ne veut pas dire que le chirurgien devra se désintéresser de ses malades. Il doit être juge de l'urgence d'une intervention ou de la possibilité de la retarder de quelques heures, de façon à permettre l'action du vaccin. De plus, il doit se tenir prêt à une intervention sitôt que la nécessité s'en impose. La méthode vaccinothérapique est et reste donc toujours du domaine du chirurgien.

CONCLUSIONS

Les adénophlegmons sont justiciables du traitement par le vaccin de Delbet. En effet :

1° Il provoque très souvent une diminution ou même une disparition de la douleur locale.

2° Il abaisse très rapidement la température.

3° Il est capable d'amener, en premier lieu, la mobilisation de la masse de périadénite qui se décolle des plans profonds et de la peau, en second lieu sa fonte rapide.

4° Au point de vue de l'évolution clinique des adénophlegmons, il faut envisager quatre ordres de cas :

a) Ceux dans lesquels l'adénophlegmon a évolué de telle sorte qu'au moment de l'examen il présentait déjà des signes nets d'une collection purulente, en voie de migration vers la profondeur ou vers la peau.

La vaccination ne saurait prétendre, dans ce cas, à faire disparaître la poche purulente, mais elle peut en arrêter l'extension, modifier les caractères macroscopiques du pus qui devient presque séreux et peut ainsi être évacué par une incision minime. La cicatrisation et la disparition des masses ganglionnaires se font rapidement, alors que, sans la vaccination et même après les ouvertures larges, on peut voir des adénophlegmons s'éterniser sous forme de coques ganglionnaires indurées, laissant parfois des fistules.

b) Cas où l'adénophlegmon est en train de passer à la suppuration. Il existe une petite collection centro-ganglionnaire. Dans ce cas, le vaccin semble arrêter court l'évolution purulente. Une simple ponction évacuatrice suffit à amener la guérison rapide.

c) Cas où l'adénophlegmon est encore au stade inflammatoire sans suppuration. Le vaccin arrête l'évolution septique, prévient la suppuration et permet la résolution des masses ganglionnaires, sans intervention chirurgicale.

d) Cas où l'on se trouve en présence d'une récurrence d'adénophlegmon déjà incisé quelques jours auparavant, même fistulisé. Le vaccin provoque la résolution de la masse et la fermeture du trajet fistuleux.

5° La dose de vaccin paraît importante à préciser. Il semble que, chez l'adulte, des doses de 3 et 4 centimètres cubes, à trois jours d'intervalle, donnent les meilleurs résultats. Il est rare d'ailleurs qu'on ait à pratiquer plus de deux ou trois injections.

6° La réaction générale et thermique, si elle est forte, est d'un bon pronostic généralement. Elle ne laisse plus de traces le lendemain.

7° Il semble qu'il faille préférer les injections sous-cutanées aux injections intra-musculaires, parce que plus accessibles aux pansements humides calmants en cas de douleur locale.

8° La vaccination est du domaine du chirurgien, qui doit se tenir prêt à intervenir si besoin.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

L. BÉRARD.

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 30 Mai 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. (Comptes rendus des Congrès médico-chirurgicaux interalliés.)

BÉRARD. — Deux cas d'adénophlegmon traités par la vaccinothérapie. (*Lyon Chirurgical* septembre-octobre 1921.)

BÉRARD et GELAS. — La vaccination dans les affections ostéo-articulaires. (*Bruxelles Médical*, 15 novembre 1921.)

BESREDKA. — Virus vaccins atoxiques sensibilisés. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1901, page 227.)

BORDET Jules. — Traité de l'immunité. 1920.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (8 décembre 1914).

BULETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS (25 février, 3 mars, 7 juillet 1920 ; 8 et 22 mars, 6 juillet 1921).

CASSAN. — La Protéinothérapie (*Thèse de Paris*, 1919).

COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES (30 décembre 1912 ; 28 juillet 1913 ; 6 octobre 1913).

COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (17 décembre 1913 ; 28 mars 1918 ; 8 février 1919).

CONGRÈS DE STRASBOURG. — Rapport du Professeur Grégoire sur la vaccino-thérapie des ostéomyélites. 1921.

DELBET Pierre et FIESSINGER N. — *Annales de la Clinique chirurgicale*. N° 6. La biologie des plaies.

- DOPTER et SACQUÉPÉE. — *Précis de Bactériologie.*
- DUPONT. — Le vaccin de Delbet. (*Lyon Médical*, 13 novembre 1920.)
- FIESSINGER N. — Les cultures vieilles du Professeur Delbet. (*Journal des Praticiens*, 25 septembre 1920.)
- FIESSINGER N. — Protéino et Prothéoso-thérapie. (*Journal des Praticiens*, 20-27 mars 1920.)
- GAYET et TAVERNIER. — *Lyon Chirurgical* (juillet-août 1921.)
- GIRODE. — Le vaccin de Delbet. (*La Médecine*, n° 1, octobre 1921.)
- HALLION. — Les principes de la vaccinothérapie curative. (*Le Monde Médical*, 15 mars 1922.)
- KUSS M. — Vaccinothérapie des annexites. (*Thèse de Paris*, 1920.)
- LEGENDRE. — Contribution à l'étude du vaccin antigonococcique de Nicolle. (*Thèse Alger*, 1914.)
- METSCHINKOFF et SACQUÉPÉE. — Médicament microbiens.
- NOLF. — Travaux de l'ambulance « Océan » (1917, tome I, pages 197-216).
- OMBRÉDANNE. — Le vaccin de Delbet chez les enfants. (*Journal des Praticiens*, 12 mars 1921.)
- PLISSON L. — Traitement des adénophlegmons par le Propidon. (*Lyon Médical*, janvier 1922.)
- PRESSE MÉDICALE. — Bactério et prothéoso-thérapie (n° 56, 8 octobre 1917).
- PRUVOST. — Médicaments microbiens, in *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent* (tome xxx).
- RENAUD. — Immunisation préventive et thérapeutique par les nouveaux vaccins obtenus grâce aux rayons ultraviolets. (Paris 1911.)
- SALLE. — Vaccinothérapie de la blennorrhagie. (*Thèse Lyon*, 1913.)

SCHMIDT. — Protéinothérapie und parentale Zufur von Milch. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1916, p. 759.)

SCULLY. — The reaction after intraveinuous injection of foreign Protein. (*The Journal of the Medical american association*. Tome xix, 1917, page 20.)

WHRIGHT. — Principes et emploi de la vaccinothérapie. (*Communication à la Société royale de Londres*, 1913.)

WHRIGHT. — Etudes sur l'immunisation.

WHRIGHT. — Les leçons de la Science et les nouvelles vues dans le domaine de l'immunisation thérapeutique. (*Presse Médicale*, 11 août 1919.)

WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — A propos de l'utilisation thérapeutique des chocs anaphylactiques. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 12 juin 1914.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Les bouillons de Delbet. Leurs modes d'action . . .	14
Observations	18
Résultats cliniques :	
La dose de vaccin à employer	34
Action sur la température	35
Action sur la douleur	36
Action sur l'évolution clinique	37
Conclusions	42
Bibliographie.	45
